LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Laryngologie. — Deux cas de mycosis bénin de l'arrière-gorge, par M. le Dr Natier, p. 369. — **Académie des sciences** : *Séance du 5 juin* 1899. *Présidence de* M. Van Tieghem, p. 373. — Sur les eaux minérales fluorées, p. 373. — Sur la position systématique des Trichophytons et des formes voisines dans la classification des champignons, p. 373. — A propos de l'action empêchante du sérum sanguin sur la présure, p. 373. — Action coagulante du liquide de la prostate externe du hérisson sur le contenu des vésicules séminales, p. 374. — La composition minérale de l'enfant nouveau-né et la loi de Bunge, p. 374. — Lésions des centres nerveux dans l'épilepsie expérimentale d'origine absinthique, p. 375. — **Académie de médecine** : *Séance du 13 juin* 1899. — *Présidence de* M. Panas, p. 376. — Action de l'arséniate de soude et de l'arsénite de potasse sur le chimisme respiratoire, p. 376. — Election, p. 376. — Différences des tracés sphygmographiques, p. 376. — Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu, p. 376. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 9 juin. Présidence de* M. Raymond. — Splénomégalie tuberculeuse, p. 377. — Rhumatisme cérébral, p. 377. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 10 juin* 1899. — *Présidence de* M. Jullien, p. 377. — De la fréquence des affections gynécologiques chez les aliénées, p. 378. — Election d'un vice-président, p. 378. — **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie** : *Séance du 8 juin* 1899. — Résultats du traitement chirurgical de plusieurs lupus, p. 378. — Lupus traités par les injections de calomel, p. 379. — — Syphilis héréditaire tardive, p. 379. — Sur un cas de sclérodermie en bandes et en aires avec éruptions bulleuses et lichénoïdes, p. 379. — Sur un cas de lichen de Wilson en bandes, p. 379. — Sur un cas d'acrodermatite continue suppurative, p. 379. — Nouveau cas de xanthomes tubéreux, p. 379. — Dermatite pustulo-ulcéreuse chronique en placards, p. 379. — Lymphangite tuberculeuse de l'avant-bras. p. 380. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 25 avril* 1899. — *Présidence de* M. Potherat, p. 380. — **Société des médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris** : *Séance du 26 avril.* — *Présidence de* M. Carpentier-Méricourt, p. 381. — **Société de chirurgie** : *Séance du 14 juin* 1899. — *Présidence de* M. Pozzi, p. 382. — Traitement des hémorrhoïdes, p. 382. — Tétanos confirmé ; injections d'antitoxine, p. 382. — **Intérêts professionnels**, p. 382. — **Nouvelles**, p. 383.

LARYNGOLOGIE

Deux cas de mycosis bénin de l'arrière-gorge.

(Travail de l'Institut de Laryngologie et Orthophonie de Paris.)

On désigne sous le nom de mycosis de l'arrière-gorge une affection chronique, sujette à récidive, ne présentant en général pas de symptômes inflammatoires, bénigne dans ses allures et localisée à l'isthme du gosier. Elle est caractérisée par la présence de dépôts blanchâtres, durs, fermement adhérents, plus ou moins saillants à la surface de la muqueuse, d'ordinaire petits et isolés et quelquefois plus gros et confluents. Constitués surtout par du *leptothrix buccalis*, comme l'ont révélé de nombreux examens, ces dépôts se rencontrent le plus fréquemment, de chaque côté, dans les loges amygdaliennes. On peut encore les observer sur la paroi postérieure du pharynx, les piliers, la base de la langue, les replis glosso-épiglottiques, l'épiglotte et même dans le larynx. Enfin, et à titre tout à fait exceptionnel, car jusque-là on l'avait uniquement constatée au niveau des points que nous venons de signaler, il convient de citer un cas relaté par *J. Wright* (1) où la mycose bénigne fut trouvée dans le nez en même temps que dans le pharynx.

Quoi qu'on en ait dit, le mycosis de l'arrière-gorge ne représente pas une affection excessivement commune. Si les cas n'en sont pas tout à fait aussi rares qu'on l'avait au premier abord prétendu, il ne faudrait cependant pas exagérer dans le sens contraire et admettre qu'il s'agit d'une maladie absolument banale. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il a fallu arriver jusqu'à l'année 1873, pour voir la première observation relatée par *B. Frankel* (2) Depuis, et l'attention ayant été attirée de ce côté, les faits de ce genre sont devenus plus nombreux. Cependant *Decker* et *Seifert* (3) qui, en 1888, publièrent un travail sur ce sujet, ne purent arriver à découvrir, dans toute la littérature médicale, que 34 cas authentiques. L'année dernière encore, dans une discussion sur ce thème, à l'Académie de médecine de New-York, certains orateurs s'accordaient à dire qu'on pouvait presque compter les faits. Ainsi, *Van der Poel* (4) avouait n'en avoir, dans toute sa carrière, observé que 12 cas manifestes. Si l'on veut bien nous permettre de donner ici notre opinion personnelle, basée sur l'examen attentif d'une dizaine de milliers de malades soumis à notre observation directe, nous nous rangerons, sans chercher à fournir des chiffres précis, à l'avis de ceux qui considèrent l'affection comme relativement rare. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il nous était possible de relater les deux faits qui vont suivre et dont le second, notamment, nous a paru présenter certaines particularités intéressantes.

Observation I. — *Mycosis de l'arrière-gorge. Coryza et pharyngites chroniques. Engorgement des ganglions sous-maxillaires à droite.* — B... François, 28 ans, vient consulter, pour la première fois, le 28 août 1898.

Antéc. personnels. — B... prétend avoir eu, au cours de sa jeunesse, de fréquents maux de gorge, qui jamais n'auraient revêtu un caractère bien sérieux.

Souvent, pendant sa période de service militaire, il lui est arrivé d'aller à la visite pour des affections de même

(1) Wright (J). Mycose du nez et de la gorge. (*Revue internat. de Rhinologie*, etc , n° 4, 1897).

(2) Frankel (B). *Berlin, Klinisc. Wochensch.* p. 94, 1873.

(3) Decker et Seifert. Ueber Mycosis leptothricia pharyngis (*Münch. med. Wochensch.* n° 1. 1888.)

(4) Van der Poel. Mycosis du pharynx (Discussion). (Acad. de méd. de New-York in *Revue intern. de Rhinologie*, etc., nov. p. 504.)

nature qu'on s'est toujours borné à soigner par des gargarismes.

Depuis environ quatre ans, ce malade a surtout éprouvé de la gêne du côté du nez, se traduisant par une grande difficulté respiratoire. On lui a prescrit, à cet effet, des aspirations de poudres qui se sont montrées absolument inefficaces. Quand il vint nous voir, la première fois, c'était uniquement pour son nez. Ajusteur-mécanicien depuis l'âge de 14 ans, il a eu l'occasion de respirer beaucoup de poussières. Il n'a jamais guère fumé et encore moins maintenant qu'autrefois.

Jamais B... n'aurait éprouvé, dans la gorge, de sensation de corps étranger; aussi est-ce tout à fait par hasard que, désirant pratiquer l'examen du naso-pharynx, il nous est arrivé de constater la présence de points mycosiques. Du reste, avant de se montrer à nous, ce malade fut pendant un certain temps, soigné par un de nos assistants dont l'attention n'avait été nullement attirée de ce côté.

6 *novembre* 1898. — Des deux côtés, et dans chacune des loges amygdaliennes, existent des taches mycosiques dont une particulièrement saillante et dure, à gauche. Nous pratiquons de ce côté une première cautérisation galvanique.

27 *novembre*. — Nous cautérisons de nouveau un gros point situé sur le pilier postérieur droit et à environ 1 c. 1/2 au-dessous de la base de la luette.

4 *décembre*. — C'est à peine s'il reste trace de la cautérisation faite il y a huit jours. Quant au point mycosique il a complètement disparu. Actuellement, et dans la loge amygdalienne droite, on ne constate plus la présence que d'un seul point de la grosseur d'un grain de mil. A gauche d'abord, deux petits points sur la face antérieure du pilier postérieur; ils sont situés l'un au-dessus de l'autre et à une distance de 1 cent. environ. Leurs dimensions sont à peu près les mêmes que celles du point de droite. En avant, et sur un même plan horizontal, immédiatement en arrière du pilier antérieur, apparait un autre point beaucoup plus gros, faisant une saillie de 2-3 mm. et semblant fixé par un mince pédicule.

A l'examen avec le miroir il est impossible de trouver, sur la base de la langue ou plus profondément, du côté du larynx, aucune trace de mycosis.

Nous enlevons aujourd'hui, à la pince, la grosse touffe et pratiquons une cautérisation galvanique au niveau du point d'implantation.

11 *décembre*. — Depuis que nous avons attiré de ce côté, son attention, le malade a fait des remarques passant auparavant tout à fait inaperçues. Ainsi il prétend avoir éprouvé à gauche, pendant quelque temps, une sensation de gêne analogue à celle qui aurait pu être déterminée par l'arrêt des aliments à ce niveau. Cette sensation aurait maintenant disparu. L'eschare consécutive à la dernière cautérisation n'est pas encore complètement guérie.

8 *janvier* 1899. — Dans la loge amygdalienne droite : deux points de mycose situés sur une même ligne horizontale et à environ 1 cent. l'un de l'autre. Le plus antérieur qui se trouve immédiatement en arrière du pilier antérieur est du triple plus gros que l'autre et a au moins le volume d'un grain de chènevis.

Dans la loge amygdalienne gauche : quatre points à la partie moyenne de cette loge, situés les uns au-dessus des autres et à environ 1|2 cent de distance. Un 5e plus gros, se trouve au niveau de la base de la langue qu'il faut fortement déprimer pour l'apercevoir.

Nous nous bornons à cautériser le point le plus petit dans la loge amygdalienne droite.

22 *janvier*. — Même état que la dernière fois. Arrachement à la pince de la grosse touffe située à droite et cautérisation galvanique au lieu d'implantation.

5 *février*. — Consécutivement à la cautérisation et pendant quelque temps B... a éprouvé une douleur assez vive qui, maintenant, a tout à fait disparu. La plaie n'est pas encore complètement cicatrisée.

A gauche : cautérisation de deux points mycosiques.

19 *février*. — Il n'existe plus trace de mycose à droite. Du côté gauche, on constate encore la présence de deux points: l'un sur le bord de la langue et tout à fait à la partie postérieure de sa base ; l'autre, au même niveau, est placé au milieu de la loge amygdalienne.

Destruction de ces deux points avec le galvano-cautère.

C'est à peine si le malade éprouve encore dans la gorge un peu de sensibilité.

5 *mars*. — Plus trace de mycose.

19 *mars*. — Même état ; disparition complète de la sensibilité de la gorge.

16 *avril*. — L'examen le plus minutieux ne permet pas de découvrir le moindre point mycosique. L'état de la gorge est toujours aussi satisfaisant.

7 *mai*. — Le malade revient parce qu'il ressent un peu de sécheresse de la gorge ; mais il n'y a pas eu de récidive de la mycose.

A mesure qu'on s'occupait de la mycose, on soignait, il convient de le dire, par des moyens appropriés, et en particulier par des badigeonnages iodés énergiques, le naso-pharynx dont la muqueuse était atteinte de catarrhe atrophique. C'est ce qui explique la lenteur relative avec laquelle il a été procédé à la destruction des points mycosiques, car le malade étant sur les lieux il n'était nullement utile d'aller plus vite.

Observ. II. — *Angine mycosique double*. — S..., Jacques, écolier, âgé de 11 ans, nous est conduit par sa mère le 9 mars 1899.

Histoire de la maladie. — Grand pour son âge et d'aspect plutôt vigoureux, cet enfant a été atteint, au mois d'août dernier, d'une indisposition caractérisée par des vomissements bilieux avec fièvre et malaise général.

Ce mauvais état a persisté pendant quatre jours. Au bout de ce temps S... a été amené à Néris près de sa mère souffrante. Un médecin de cette station, appelé pour le soigner, constata, en examinant la gorge, la présence, de chaque côté du pharynx, de petits points blancs. Il porta le diagnostic d'angine pultacée et prescrivit un collutoire avec lequel il recommanda de faire des attouchements directs. Mais ce traitement restant sans influence sur l'état local, et, d'autre part, la cure de la mère touchant à sa fin, on l'engagea à partir au plus tôt avec son fils alléguant qu'il pourrait devenir pour les autres une source de contamination.

A son retour à Paris, Mme S... conduit son enfant à un premier médecin qui croit devoir modifier le pronostic du confrère précédent, et écarter l'hypothèse de la contagiosité. Il porte le diagnostic d'angine granuleuse et recommande des attouchements avec une solution phéniquée un

peu forte. Mais ces changements d'étiquettes n'amènent aucune transformation heureuse. Au contraire l'état local semble s'aggraver, car une inflammation assez sérieuse s'est maintenant développée dans la gorge. En présence d'un pareil résultat le traitement est modifié et on a recours à des moyens plus doux : attouchements avec miel rosat et borate de soude.

Un deuxième médecin ayant remplacé le premier s'est borné à confirmer ses prescriptions, il n'a pas été institué d'autre thérapeutique, et comme la mère impatientée avait tendance à agir directement, on lui a bien recommandé de s'abstenir de toute intervention de ce genre.

Comme conséquence l'affection n'a pas rétrocédé un seul instant. Bien plus les productions qualifiées de « granulations » n'ont fait qu'augmenter de volume. Il y a un mois, nous dit Mme S..., elles avaient atteint leur maximum et présentaient alors l'aspect d'une belle mûre allongée. A ce moment, l'enfant accusait, au niveau de la base de la langue, de chaque côté, une sensation manifeste et constante de corps étranger, avec parfois des envies de vomir. C'est du reste le seul phénomène dont il se soit plaint, car, autrement, il n'a jamais dit ressentir de la douleur ni même de la gêne.

Depuis une quinzaine de jours, de chaque côté, la masse avait sensiblement diminué et cela, probablement, parce qu'une assez grande partie s'était spontanément détachée.

9 *mars* 1899. *Etat actuel.* — De chaque côté du pharynx, et en plein centre de la loge amygdalienne, existent deux touffes de mycose formant une masse d'au moins 1 cent. de hauteur. Cette masse arrondie et allongée fait une saillie du volume d'un pois. L'aspect en est gris sale, comme s'il s'agissait de tissu sphacélé, rugueux et framboisé. Chacune des touffes insérées par un large pédicule est flottante ; elle est très adhérente à la muqueuse dont elle ne se laisse détacher que difficilement. L'arrachement avec la pince provoque un léger suintement sanguin en même temps qu'une douleur presque insignifiante.

Séance tenante, nous pratiquons une cautérisation galvanique de toute la surface atteinte de mycose, dans la loge amygdalienne gauche, et renvoyons le malade à huitaine.

16 *mars*. — Aucune réaction à la suite de notre intervention. L'eschare est tombée, et à gauche on ne trouve plus trace de mycose.

Malgré l'arrachement aussi complet que possible, pratiqué il y a huit jours, il existe encore quelques fragments mycosiques dans la loge amygdalienne droite. On leur applique le même traitement qu'à gauche : cautérisation galvanique.

Mme S... nous avait manifesté une inquiétude assez vive quand elle vint nous voir pour la première fois. Elle nous avait été adressée par sa sœur et son beau-frère, dont nous avions eu, antérieurement l'occasion de soigner les enfants; aussi n'hésita-t-elle pas, dès le début, à nous accorder sa confiance. Celle-ci devint pleine et entière quand, à la seconde visite, elle eut constaté le résultat obtenu, ce qui lui permettait d'espérer une guérison après laquelle elle courait depuis plusieurs mois. Elle nous avait donc promis de revenir si, après notre deuxième intervention, tout n'avait pas complètement disparu. Nous étions à la veille des vacances de Pâques que son fils devait aller passer dans une famille amie où se trouvaient d'autres enfants. Elle nous demanda s'il n'y aurait aucun danger pour ces derniers, car, devant les affirmations qui lui avaient été jadis faites, elle éprouvait un véritable scrupule de conscience à envoyer son fils en pareil milieu. Nous n'hésitons nullement à combattre et à vaincre ces répugnances auparavant légitimes, arguant, au contraire, de l'intérêt qu'il y avait pour ce petit malade à quitter momentanément Paris. Ne les ayant plus revus depuis, dans ces conditions, et, comme d'autre part, ils demeurent tout près de nous, nous sommes autorisé à conclure qu'il a suffi de deux séances pour guérir cette angine mycosique demeurée jusque-là si rebelle.

RÉFLEXIONS. — Notre intention étant d'entreprendre sous peu une étude détaillée du mycosis bénin de l'arrière-gorge dans la revue spéciale que nous dirigeons, *La Parole*, nous nous bornerons à faire ressortir ici les traits saillants des deux faits que nous venons de mentionner.

L'aspect clinique, dans les deux cas, était bien celui d'ordinaire offert par l'affection spéciale dont il est question. Au reste l'analyse microscopique commencée et dont nous donnerons, ultérieurement, les résultats complets, ne permet guère de doute à cet égard.

Nos deux sujets, deux hommes, témoignent contre l'opinion de ceux qui voudraient faire de cette affection l'apanage exclusif du sexe féminin. En effet, *Newcomb* (1) et *Van der Poel* (2) disent ne l'avoir jamais rencontrée, que chez la femme. Le premier de nos malades était âgé de 28 ans, c'est l'époque de la plus grande fréquence du mycosis; il est beaucoup plus rare, au contraire, de l'observer dans l'enfance comme pour notre second patient qui n'était âgé que de 11 ans.

Faut-il voir, dans les maux de gorge dont il s'était si souvent plaint, la cause prédisposante chez B...? Nous savons que cette raison étiologique a été fréquemment invoquée; mais si l'on considère le nombre des personnes qui souffrent de la gorge et sont cependant indemnes de mycosis; il est difficile d'établir et surtout de prouver une relation réelle de cause à effet entre les deux états. La seconde de nos observations ne pouvait du reste être d'aucune valeur à l'appui de cette thèse. Nous nous bornerons donc à constater sans chercher à expliquer.

Le premier de nos malades est un exemple de ce fait, que l'affection peut exister sans provoquer le moindre symptôme. C'est absolument par hasard que chez lui nous sommes arrivé à découvrir la présence du mycosis. Quant à l'enfant, il avait présenté, plusieurs mois avant notre examen, un état fébrile qui conduisit le médecin à inspecter sa gorge. A cette époque, il semble que l'affection fut assez limitée dans son développement; ce n'est que plus tard qu'elle aurait subi un accroissement très notable puisque le petit malade en éprouvait de la gêne et jusqu'à des vomituritions. Ici

(1) NEWCOMB (J). Mycosis du pharynx « Discussion » (Acad. de médec. de New-York *in Revue intern. de Rhinologie*, etc. nov. p. 503.)

(2) VAN DER POEL. *Loc. cit.*

les symptômes étaient donc très nets. Mais, dans l'un comme dans l'autre cas, il serait, croyons-nous, difficile d'assigner une époque exacte au début de l'affection qui nous paraît devoir être entouré toujours, par suite de son indolence et de l'absence de symptômes inflammatoires, de la plus grande obscurité.

Comme manifestations locales, la différence était des plus nettes. Chez le premier malade, quelques points isolés du volume ordinaire d'un grain de mil et situés dans la loge amygdalienne, de chaque côté, sur les piliers et même sur la base de la langue. Tout autre était l'aspect chez l'enfant : ici, confluence énorme, pourrait-on dire, localisation bien nette au niveau et au centre des amygdales d'où la touffe mycosique pendait comme une véritable grappe et c'est pour cela que nous avons qualifié ce cas d'angine mycosique.

Il n'est pas sans intérêt, à propos de ces faits, d'insister sur l'importance du diagnostic. Si, pour un œil habitué, l'opinion est vite faite, quant à la nature exacte de la maladie, il est loin d'en être toujours ainsi pour la majorité des praticiens. Très certainement, les trois confrères auxquels avait été présenté notre second patient n'avaient pas un seul instant songé au mycosis. Nous ne saurions être affirmatif à cet égard, n'ayant pas reçu leurs confidences, mais il ne nous semble pas exagéré de prétendre que l'hypothèse d'une angine diphtéritique, au début, tout au moins, a pu s'offrir à leur esprit. Plus tard et devant la persistance du mal, on aura changé d'avis, mais l'embarras n'avait pas pour cela tout à fait cessé. Les recommandations faites à la mère, après avoir modifié le traitement, de ne pas toucher à la lésion sont une preuve de l'importance qu'on lui accordait. Comme conclusion, les parents n'étaient pas sans éprouver une certaine inquiétude qui a disparu complètement le jour où, par un diagnostic certain, on a pu les fixer et en même temps les tranquilliser sur le peu de gravité de l'affection de leur enfant.

Au point de vue thérapeutique et en présence d'une affection comme le mycosis, on ne sera pas surpris d'apprendre que les traitements les plus divers aient été préconisés. C'est, du reste, le privilège des maladies rebelles de susciter la mise en œuvre des agents les plus variés. Et pourtant il nous semble que, dans l'espèce, on pourrait s'abstenir d'un luxe semblable. Les plus sages nous paraissent être ceux qui vont droit au but et avec des moyens bien simples et à la portée de tous : arrachement avec des pinces appropriées et cautérisation galvanique consécutive. On a vu que c'était la pratique à laquelle nous avions eu recours : comme elle nous a donné des succès non douteux, nous n'hésitons pas un seul instant à la recommander.

Toutes les fois que les touffes mycosiques feront une saillie suffisante, on les saisira avec la pince, et on arrachera tout ce qui voudra venir. Dans certains cas et surtout s'il s'agit de larges taches formant de gros amas, comme pour l'enfant de notre deuxième observation, l'arrachement pourra provoquer un léger écoulement sanguin ; mais, vite il cessera de lui-même. On anesthésie alors à la cocaïne et on applique une ou plusieurs pointes de feu, en ayant soin de faire pénétrer le cautère à une certaine profondeur dans les tissus. On recommence aussi souvent qu'il est nécessaire, avec, entre chaque séance, des intervalles de huit à dix jours, s'il faut retoucher aux mêmes points et plus courts encore s'il s'agit de cautériser d'autres places. De cette façon et assez vite nous y insistons, — nos observations en sont la preuve —, on arrivera à débarrasser complètement le patient de son mycosis.

Nous devons reconnaître que cette pratique a pour elle le suffrage de la plupart des médecins spécialistes. Il en est cependant qui la trouvent probablement trop simple, car il semble qu'on ait cherché à compliquer les choses à plaisir. Tels prescrivent des caustiques chimiques (chlorure de zinc, solution iodo-iodurée, nitrate d'argent, acide chromique, etc.); d'autres recommandent des lavages locaux avec des solutions boriquées, mercurielles ; des attouchements avec l'acide phénique, l'acide salicylique, l'alcool absolu, le pyrozone, l'orthochlorophénol, etc. ; chacun vantant son procédé et le préconisant presque à l'exclusion de tous les autres. Nous ne saurions, quant à nous, admettre l'efficacité absolue des agents chimiques dont l'action est forcément limitée et qui ne peuvent pénétrer assez profondément dans l'épaisseur des tissus où l'examen histologique a révélé la présence du mycosis (1). Bien plus, — notre deuxième observation en est un exemple très net, — non seulement avec les caustiques chimiques, on n'arrive pas au résultat désiré, mais encore on peut provoquer l'apparition d'un état inflammatoire qui sera une véritable complication de la maladie.

Enfin, il y a aussi les abstentionnistes de parti pris, dont la conviction est basée sur ce fait d'observation que certains cas de mycosis non traités ou rebelles à tout traitement sont arrivés à disparaître spontanément. La chose semble indéniable et *J. Wright* (2), s'est même servi de cet argument pour railler agréablement ceux auxquels nous faisions tout à l'heure allusion. « Si, dit-il, au moment où l'affection vient à disparaître, on fait des applications quelconques sur le champignon, d'un médicament, celui-ci acquiert de suite une réputation imméritée ». Mais, s'ils se refusent à toucher systématiquement au mycosis, quelques médecins tenant compte de la durée de l'affection et des ennuis qu'elle peut occasionner au malade ou à son entourage, prescrivent un changement d'air, ce qui, parfois, a paru suffire pour amener la guérison.

Il va de soi, et sans qu'il soit nécessaire d'y insister autrement, qu'à côté de l'état local on devra s'occuper

(1) Hering (Th.). Ueber Pharyngomycosis leptotricia (*Zeitsch., f. Klin. Medic*, Bd VII, H. 4. 1883).

(2) Wright (J.). *Loc. cit.*

de l'état général et, suivant les circonstances, instituer un régime approprié.

Marcel NATIER.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 juin 1899. — Présidence de M. VAN TIEGHEM.

M. V. TURQUAN adresse, pour le concours du prix de Statistique de la fondation Montyon, un travail « Sur les variations de la population et sur sa composition actuelle, par sexe, état civil et âge, dans chacun des départements ». (Renvoi à la Commission du prix de Statistique).

Contribution à l'étude des eaux minérales. Sur la source Croizat, près du Mont-Dore. — M. PARMENTIER.

Sur les eaux minérales fluorées. — M. PARMENTIER. Dans une note insérée aux *Comptes rendus* du 23 mai 1899, M. Lepierre, après avoir signalé la présence du fluor dans certaines eaux minérales, notamment du Portugal, m'attribue cette conclusion « que l'existence de fluorures dans les eaux minérales constituerait une grande exception ».

Je n'ai parlé que des eaux minérales que j'ai analysées et en particulier des eaux du Mont-Dore et des eaux de Saint-Honoré-les-Bains, dans lesquelles, contrairement à une opinion souvent émise, il n'existe, d'après mes analyses, aucune trace de composé fluoré quelconque.

Sur la position systématique des Trichophyton et des formes voisines dans la classification des Champignons. — MM. MATRUCHOT et CH. DASSONVILLE (1). Malgré les travaux relatifs aux Champignons de l'herpès et des teignes (*trichophyton* et genres voisins), travaux dont les plus récents et les plus importants sont ceux de M. Sabouraud et de M. Bodin, on ignore encore entièrement à quelle famille et même à quel ordre de Champignons ces parasites doivent être rattachés.

Dans une Note (2) antérieurement présentée à l'Académie, nous avons indiqué que les *Trichophyton* doivent être rapportés aux Ascomycètes du groupe des Gymnoascées. Nous allons donner aujourd'hui les raisons, péremptoires à nos yeux, de cette manière de voir.

Les *Trichophyton*, étudiés jusqu'à ce jour par les divers auteurs qui se sont occupés soit de l'herpès des animaux domestiques, soit des teignes du cuir chevelu de l'enfant, n'ont jamais présenté que des formes reproductrices imparfaites.

Les unes, dites *spores mycéliennes*, qu'on observe seules dans les lésions herpétiques et qu'on retrouve comme forme de dégénérescence dans les cultures artificielles, sont de simples renflements mycéliens, dont la valeur morphologique est à peu près nulle, et qui ne peuvent être d'aucun secours pour établir les affinités réelles des espèces entre elles.

Les autres, dites *formes conidiennes*, s'observent dans les cultures artificielles ; elles sont très caractéristiques et leur étude suffit pour qu'on puisse affirmer, sans connaître la forme ascosporée des *Trichophyton*, que ces champignons sont des Ascomycètes du groupe des Gymnoascées.

Examinons, en effet, les caractères et le développement des formes fructifères culturales de *Trichophyton*.

Nous avons déjà décrit en détail (1) le mode de formation des conidies, qui pour nous sont de véritables chlamydospores ; les caractères principaux que présente ce mode de formation sont les suivants :

1° Ramuscules sporifères ou spores naissant à angle droit sur le mycélium ;

2° Spores solitaires, ovales, comme tronquées à la base, naissant latéralement et irrégulièrement sur les filaments rampants ;

3° Enkystement intercalaire d'une partie du protoplasma des filaments donnant naissance à des chlamydospores ;

4° Emigration du protoplasma dans les spores et, par suite, évidemment du mycélium restant.

Or, ces caractères se retrouvent point par point dans les Gymnoascées proprement dites, *Gymnoascus* et surtout *Ctenomyces*, telles qu'elles sont décrites par Eidam, ainsi que dans les diverses espèces de ces deux genres que nous avons eu l'occasion d'examiner nous-mêmes.

Mais il y a plus. A ces caractères primordiaux viennent se joindre d'autres traits de ressemblance de valeur non négligeable : analogie des substrats naturels (spécialement avec *Ctenomyces*), production de pigments jaunes ou rouges (comme chez divers *Gymnoascus*), présence de tortillons semblables à ceux de *Ctenomyces*, etc., Enfin, fait ignoré d'Eidam et qui nous a apporté une remarquable preuve, *a posteriori*, de la justesse de notre manière de voir : on peut observer dans *Ctenomyces* des articles fuselés et pluricellulaires, analogues à ceux que présentent si fréquemment les *Trichophyton*.

Jusqu'à ce jour, les dermatologistes et les mycologues ont accepté l'idée que les *Trichophyton* se rattacheraient aux *Sporotrichum* ou aux *Botrytis* : cette idée doit être abandonnée. Pour toutes les raisons énumérées plus haut, il est à nos yeux hors de doute que les *Trichophyton* sont des formes imparfaites de Gymnoascées peut-être de *Ctenomyces*, peut-être d'un genre voisin encore inconnu.

Avec les *Trichophyton* viendront se ranger dans cette famille naturelle des Gymnoascées (*s. s.*) divers champignons qu'on ne sait encore à quel groupe rattacher. Le fait paraît dès maintenant acquis par le champignon du favus et de la teigne faveuse (*Achorion*), car, ainsi que cela résulte d'une communication verbale à nous faite par M. Sabouraud, quelques rares cultures du parasite extrait d'un favus ont donné des fructifications semblables aux formes culturales sporifères de *Trichophyton*.

Nous espérons pouvoir montrer bientôt qu'il en est de même pour divers autres champignons pathogènes, dont les affinités avec le groupe des Gymnoascées nous semblent, pour des raisons que nous nous réservons de développer, aussi bien établies que le sont celles des *Thichophyton*.

A propos de l'action empêchante du sérum sanguin sur la présure. — MM. L. CAMUS et E. GLEY. M. A. Briot vient de constater (2) que le sérum sanguin de divers ani-

(1) Travail fait au Laboratoire de Botanique de la Sorbonne, dirigé par M. Gaston Bonnier.

(2) MATRUCHOT et DESSONVILLE, *Sur un nouveau Trichophyton produisant l'herpès chez le cheval* (*Comptes rendus*, 1er août 1898.

(1) *Loc. cit.*

(2) A. BRIOT. *Sur l'existence dans le sang des animaux d'une substance empêchant l'action de la présure sur le lait* (*Comptes rendus*, t. CXXVIII, p. 1359, 29 mai 1889.)

maux possède la propriété d'empêcher l'action coagulante de la présure sur le lait. C'est un fait que nous avons les premiers signalé; nous avons montré en même temps que le sérum sanguin empêche de même l'action de la pepsine et de la trypsine, c'est-à-dire les ferments protéolytiques (1). M. Briot, à la vérité, n'a pas rapporté le phénomène aux causes qui nous avaient paru l'expliquer, et ses expériences tendent à établir, entre autres résultats intéressants, que le sérum sanguin doit la propriété dont il s'agit à un ferment antagoniste de la présure.

Action coagulante du liquide de la prostate externe du Hérisson sur le contenu des vésicules séminales. — MM. L. Camus et L. Gley. Nous avons montré en 1896 (2), que le liquide prostatique du Cobaye, du Rat et de la Souris contient une substance agissant à la manière d'un ferment et qui coagule rapidement le contenu des glandes vésiculaires de ces animaux; nous avons montré en même temps qu'il s'agit là d'une nouvelle diastase coagulante, spécifique comme toutes les diastases connues. En poursuivant nos recherches sur l'action de ce ferment, nous avons trouvé, cette fois chez un Insectivore, le Hérisson, une nouvelle substance du même ordre.

Le Hérisson est un animal chez lequel les glandes génitales accessoires, très petites pendant la période hibernale, prennent un volume considérable au printemps et durant l'été. Outre les vésicules séminales et la prostate, il présente à la face postéro-interne de la cuisse, dans la fosse ischio-rectale, de chaque côté de l'anus, en dehors de la cavité abdominale par conséquent, une autre glande non moins importante. Divers anatomistes considèrent ces glandes comme étant les glandes de Cooper (3); mais, pour d'autres, cet organe constitue une véritable prostate (4). Appelons-la *prostate externe*, par opposition à la prostate interne (intra-abdominale). Nous allons voir que physiologiquement, cette glande est en effet assimilable à la prostate des Rongeurs dans le suc de laquelle nous avons trouvé un ferment coagulant.

Si l'on met en contact une gouttelette de ce *liquide prostatique* (c'est-à-dire provenant de la *prostate externe*), liquide blanc laiteux, un peu visqueux, neutre au papier de tournesol, avec une grosse goutte du liquide (5) des vésicules séminales, il se produit immédiatement un abondant précipité en fins grumeaux blanchâtres qui se rassemblent vite; il se forme alors une colle épaisse, et non plus une cire, comme cela arrive quand on fait agir la *vésiculase* du cobaye sur la *vésiculine* de ce même animal; il y a prise du liquide vésiculaire, non pas en caillot mais en colle (1); ce liquide nous venons, pour abréger, de l'appeler *vésiculine*. Nous proposons d'appeler *vésiculase* la substance active du liquide de la prostate externe; la vésiculase des Rongeurs, provenant de la prostate interne, deviendra alors la *vésiculase-i*.

Or, le phénomène que nous étudions paraît bien dû à l'action d'un ferment. D'abord la quantité du liquide coagulant n'est point en proportion avec la quantité de substance coagulable A ce point de vue cependant, faisons remarquer que ce nouveau ferment ne nous a paru aussi actif que celui de la prostate du Cobaye. D'autre part, chauffé pendant cinq minutes à la température de 69°, il perd toute son activité; chauffé à 50°-55° pendant cinq minutes, il se coagule, mais n'en agit pas moins sur la vésiculine (2).

C'est bien là aussi une action spécifique. Ni la plasmase, ni la présure, ni même la vésiculase du Cobaye n'agissent sur la vésiculine du Hérisson. Inversement, la vésiculase du Hérisson n'agit ni sur le sang, ni sur le lait, ni sur la vésiculine du Cobaye.

Nous avons recherché chez deux Rongeurs (Cobaye et Rat) quelle peut être l'action du liquide sécrété par la prostate externe qu'ils possèdent aussi. Mais chez ces animaux cette glande est très réduite et ne fournit presque point de suc, à peine une très petite gouttelette. Nos expériences sur ce point ne nous ont jusqu'à présent pas donné de résultats.

Quant à la prostate interne du Hérisson, elle sécrète un liquide légèrement jaunâtre, transparent, rappelant par ces caractères l'aspect du liquide prostatique du Cobaye, dont il diffère cependant par sa réaction très alcaline; ce suc est sans effet, qu'il soit employé en petite quantité ou à proportions égales, sur le contenu des glandes vésiculaires.

Ce n'est pas cependant que ce liquide soit complètement inactif. Il agit sur le liquide de la prostate externe pour le coaguler, de telle sorte que cette dernière glande sécrète à la fois un ferment coagulant (vésiculase *e*) et une substance apte à être coagulée par un agent provenant d'une autre glande. Mais il y a ici en jeu des phénomènes d'une nature particulière, sur lesquels nous nous proposons de revenir prochainement.

La composition minérale de l'enfant nouveau-né et la loi de Bunge. — M. L. Hugouneng. Dans un premier mémoire (3), j'ai établi quelques données relatives à la statistique des éléments minéraux chez le fœtus et l'enfant nouveau-né. Ces résultats n'intéressent que les deux points suivants : 1° la teneur globale de l'organisme fœtal en sels minéraux, aux diverses périodes de la grossesse; 2° la quantité de fer, beaucoup plus faible qu'on ne le croit généralement, sur la foi de déterminations erronées.

(1) L. Camus et E. Gley. *Action du sérum sanguin sur quelques ferments digestifs* (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 31 juillet 1897, p. 825). — *Action du sérum sanguin et des solutions de propeptone sur quelques ferments digestifs* (*Arch. de physiol.*, 5e série, t. IX, p. 764-776; 1er octobre 1897).

(2) L. Camus et E. Gley, *Action coagulante du liquide prostatique sur le contenu des vésicules séminales* (*Comptes rendus* t. CXXIII, p. 194; 20 juillet 1896.)

(3) A. Nicolas, *Les glandes de Cooper chez le Hérisson* (*Bull. de la Soc. des Sciences de Nancy*, t. IV, n° 8, p. 45; juillet 1892).

(4) R. Disselhorst, *Die accessorischen Geschlechtsdrusen der Wirbelthiere*; Wiesbaden, 1897.

(5) Ce second liquide que l'on obtient naturellement en plus grande quantité que le premier, les glandes vésiculaires étant beaucoup plus volumineuses que cette prostate externe, est aussi de couleur blanchâtre (blanc laiteux), moins visqueux et également neutre au papier de tournesol.

(1) Nous avions déjà antérieurement constaté (*Soc. de Biol.*, 24 juillet 1897) que le liquide que l'on peut recueillir à la suite de l'excitation du nerf éjaculateur, chez le Hérisson, se coagule à la sortie de l'urètre, mais que cette coagulation n'a pas l'aspect présenté par les produits de l'éjaculation des Rongeurs.

(2) La réaction du milieu paraît cependant sans influence sur le phénomène. On peut alcaliniser (par la soude) ou acidifier (par l'acide chlorhydrique) la solution de vésiculase, sans que celle-ci perde son pouvoir coagulant, quoique l'alcali ou l'acide coagule le liquide prostatique lui-même; mais ce dernier garde néanmoins son activité.

(3) *Comptes rendus*, 24 avril 1899.

Voici maintenant la composition des éléments minéraux chez un fœtus humain à terme, du sexe masculin, pesant 2 kilog. 710. L'incinération a fourni 96 gr. 7556 de cendres parfaitement blanches et ne contenant que 0,33 p. 100 de charbon et 0,09 p. 100 de sable. Dans ce calcul des résultats on a tenu compte de ces petites quantité de substances étrangères.

	Pour 100 parties de cendres.
Anhydride phosphorique	35,28
Chaux	40,48
Magnésie	1,51
Chlore	4,26
Anhydride sulfurique	1,50
Peroxyde de fer	0,39
Potasse	6,20
Soude	8,12
Anhydride carbonique	1,89
Total	99,63

Il convient de signaler en passant les proportions respectives de chaux et d'anhydride phosphorique. Celui-ci est en excès et une partie de l'acide phosphorique serait à l'état de phosphate acide si les autres bases n'intervenaient pas. D'autre part, la soude prédomine sur la potasse et pour une molécule de potasse K^2O nous trouvons environ deux molécules de soude Na^2O : la potasse est d'ordinaire plus abondante chez les animaux (chien, lapin, chat).

Un autre point plus important, c'est la comparaison des cendres de l'organisme fœtal et des cendres du lait de la mère. Bunge, à qui l'on doit sur ce sujet d'intéressantes recherches, a établi que les cendres totales du jeune animal présentent une analogie de composition très grande et qui va presque jusqu'à l'identité avec les cendres du lait de la mère. Cette composition des cendres varie d'une espèce à l'autre; mais, dans la même espèce, le parallélisme se maintient entre le squelette minéral du jeune et les cendres du lait maternel. Chez le chat, le chien, le lapin, ce parallélisme a la constante d'une loi que Bunge a formulée ainsi : « La cellule épithéliale de la glande mammaire prélève sur les sels minéraux du plasma toutes les substances inorganiques exactement dans la proportion où elles sont nécessaires au nourrisson pour se développer et réaliser l'organisme de ses ascendants. »

La loi de Bunge est-elle générale? On en jugera par le tableau suivant :

	Cendres du fœtus humain. pour 100.	Cendres du lait de femme (1). pour 100.
P^2O^5	35,28	21,30
CaO	40,48	14,79
MgO	1,51	2,87
Cl	4.26	19,73
SO^3	1,50	»
Fe^2O^3	0,39	0,18
K^2O	6,20	35,15
Na^2O	8,12	10,43
CO^2	1,89	»

Il ressort de cette comparaison que la loi de Bunge n'est pas applicable à l'espèce humaine. La glande mammaire n'a pas, chez la femme, le pouvoir de sélection qu'elle manifeste chez certains mammifères ou, plus exactement, le pouvoir sélecteur, s'il existe, ne s'exerce pas vers le même objet.

Il est difficile d'expliquer, *à priori*, cette curieuse exception ; on peut supposer cependant que la loi de Bunge n'est vraie que chez les mammifères à développement rapide, qui constituent une part importante de leur organisme, et spécialement de leur tissu osseux, durant l'allaitement; ce qui n'a pas lieu chez l'homme.

Le rapport de la durée de l'allaitement à la durée totale du développement est environ de 1/4 chez le chien, il n'est plus que de 1/20 chez l'homme. Chez la plupart des mammifères, le lait est donc un facteur du développement beaucoup plus important que chez l'homme ; de là, chez l'animal, une adaptation plus étroite de la sécrétion lactée à la constitution minérale de l'organisme.

Lésions des centres nerveux dans l'épilepsie expérimentale d'origine absinthique. — M. G. Marinesco. Les études cliniques de Magnan et les recherches expérimentales de Laborde, confirmées par Sérieux et nous-même, ont montré d'une manière indéniable que l'absinthe administrée sous forme de liqueur ou d'essence détermine un tableau symptomatique rappelant tout à fait celui de l'épilepsie. Il était intéressant de savoir si cette épilepsie d'origine absinthique s'accompagne ou non de lésions des centres nerveux. C'est dans ce but que j'ai repris mes expériences antérieures en collaboration avec mon interne M. Stefanesco, qui consistaient en injections aux lapins de l'essence d'absinthe à la dose de 0 cc,5 jusqu'à 2 cc. Il apparaît chez ces animaux, dans ces conditions, des accès francs d'épilepsie de vingt à quarante minutes après l'injection de la substance toxique. Dans la moelle de la plupart des animaux, j'ai pu déceler, avec la méthode de Nissl, des lésions bien caractérisées intéressant non seulement les cellules radiculaires des cornes antérieures, mais également les cellules des cordons.

Il y a tout une gamme d'altérations cellulaires, mais, d'une manière générale, on peut dire qu'elles sont d'autant plus intenses que l'animal a vécu plus de temps avec des convulsions. Ainsi, pour un lapin chez lequel les convulsions ont duré quinze heures avec quelques intermittences, les cellules radiculaires ont augmenté de volume, tandis que la densité de l'état chromatique, tout au moins dans un certain nombre d'entre elles, a diminué. Dans celles-ci, les éléments chromatophiles se présentent d'une façon différente à la périphérie et au centre. A la périphérie, ces éléments manquent ou bien sont réduits à de fines granulations disséminées dans le cytoplasma légèrement teinté; puis suit une zone où les éléments chromatophiles sont plus pâles et plus ou moins tuméfiés, ou même désintégrés. Les éléments chromatophiles périnucléaires sont habituellement plus colorés et mieux conservés.

La chromatolyse périphérique ou la disparition des éléments chromatophiles que nous venons de décrire offre plusieurs aspects. Parfois, elle est segmentaire : elle se présente sous forme de croissant, de fer à cheval ou même elle est plus étendue et intéresse toute la périphérie de la cellule. Lorsque la chromatolyse siège à l'origine du cylindraxe, la dolline qui existe à ce niveau s'élargit en profondeur et s'étend jusqu'au voisinage du noyau. Grâce à la chromatolyse qui se produit quelquefois entre deux prolongements protoplasmatiques, on constate que ces prolongements se dirigent directement vers le noyau ou bien

(1) Bunge, *Zeitschrift f. Biologie.*, t. X, p. 326; 1874.

traversent toute la cellule, s'en allant vers le prolongement opposé. C'est une image qui correspond à la description qu'a donnée Bethe du trajet de la substance fibrillaire à l'intérieur de la cellule nerveuse. Les modifications éprouvées par le noyau et le nucléole sont plus difficiles à mettre en évidence ; toutefois, il m'a semblé que le nucléole est parfois d'un aspect granuleux et vacuolaire. Le volume de la vésicule nucléaire est tantôt augmenté, tantôt diminué.

Les lésions que je viens de décrire se retrouvent surtout dans les cellules très altérées ; mais, à côté de celles-ci, on en trouve d'autres moins touchées et présentant une chromatolyse moins étendue. En effet, il existe dans ces cellules des éléments chromathophiles d'aspect à peu près normal, tandis que d'autres sont en voie de désintégration.

Chez les animaux qui ont vécu de quatre à huit heures, les lésions sont moins intenses que dans le cas précédent. La tuméfaction du corps cellulaire est moindre et la chromatolyse, quoique périphérique, est plus discrète, étant plus souvent partielle que généralisée. C'est pour cette raison que les éléments chromatiques périnucléaires révêtent un aspect normal ou à peu près.

Une autre différence qui distingue les lésions chez les animaux qui ont vécu avec des convulsions moins de huit heures, c'est que le nombre de cellules altérées est plus restreint que chez ceux qui ont vécu de dix à quinze heures. Enfin, je crois avoir remarqué que les éléments périnucléaires des cellules radiculaires, chez les animaux qui ont vécu longtemps avec des convulsions, se trouvent à l'état de parapiconmorphie ; tandis que chez les animaux qui n'ont survécu que trois ou quatre heures à l'intoxication absinthique, ils sont plutôt à l'état de picnomorphie. Quoique mon attention ait été attirée plus particulièrement sur les lésions que présentent les cellules radiculaires et les cellules des cordons de la moelle, je dois cependant rappeler en passant que j'ai vu des lésions, il est vrai moins accentuées, dans le bulbe et dans l'écorce cérébrale. Je reviendrai dans un autre travail sur ces lésions.

Au point de vue du mécanisme intime et de la nature des altérations que je viens de décrire, je dois faire remarquer qu'il faut voir dans ces lésions un trouble de nutrition. En effet, l'invasion de la cellule nerveuse par le poison absinthique change les conditions de nutrition de la cellule nerveuse et donne lieu, à la suite de ces désordres nutritifs, à un dégagement d'énergie nerveuse qui se traduit au dehors par des convulsions. Il ne s'agit pas là de lésions accidentelles sans aucun rapport avec les symptômes présentés par les animaux, mais il ne faut pas non plus les considérer comme la cause des convulsions. Je suis porté à croire que les troubles fonctionnels comme les troubles histologiques sont sous la dépendance immédiate de la même cause, à savoir : la perturbation du chimisme cellulaire. Lorsque la substance toxique a été éliminée par la cellule, les convulsions disparaissent, mais des traces de lésions peuvent exister encore parce que la réparation demande un certain temps pour s'achever.

En outre, il est fort probable qu'à ces altérations dues à l'intoxication absinthique s'ajoutent des phénomènes d'usure dus à la fonction exagérée de la cellule nerveuse. Il me semble hors de doute que cette activité anormale et prolongée de la cellule nerveuse ne soit pas accompagnée de modifications structurales de neurone. Il est vrai que nous ne connaissons pas au juste les phénomènes qui se passent dans la cellule nerveuse lors de sa fonction, mais ces changements se traduisent par des modifications structurales ainsi que les expériences de Nissl, Mann, Lugaro, etc. tendent à le prouver.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 juin 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr R. Moutard-Martin qui se porte candidat dans la section de thérapeutique.

Action de l'arséniate de soude et de l'arsenite de potasse sur le chimisme respiratoire. — M. Alb. Robin relate les recherches qu'il a faites avec le Dr Maurice Binet (de Saint-Honoré) sur 5 sujets, relativement à l'influence de l'arséniate de soude sur la ventilation pulmonaire. Sous l'influence de l'absorption de l'arséniate de soude pris par la bouche, l'acide carbonique diminue d'une façon régulière, de même pour l'oxygène. L'arséniate de soude pris à la dose de 5 milligrammes par jour pendant un mois chez cinq sujets a régulièrement abaissé les échanges respiratoires.

Chez une seconde série de deux sujets, les échanges respiratoires ont, au contraire, augmenté avec une dose d'un centigramme.

Il semble donc que, au moins chez certains sujets, l'arséniate de soude exerce une influence excitatrice sur les échanges respiratoires quand il est pris à la dose quotidienne d'un centigramme.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un candidat dans la section d'anatomie pathologique.

Sur 80 votants, majorité 41, M. Raymond est élu par 71 voix contre 4 données à M. Vaillard, 1 à M. Déjerine et 4 bulletins blancs.

Différences des tracés sphygmographiques. — M. Huchard a été frappé de la dissemblance des tracés sphygmographiques obtenus avec les deux appareils de Dudgeon et de Marey. Il en conclut que lorsqu'on donne des résultats, il faut faire mention de l'appareil employé et ne pas se servir indistinctement, chez le même malade, de l'un ou de l'autre des deux appareils.

M. Marey. Une commission internationale a été nommée, l'année dernière, pour traiter cette question et doit se réunir, en août prochain, à la station physiologique du Bois de Boulogne, pour juger des résultats obtenus.

Plaie pénétrante de poitrine par arme à feu. — M. Delorme. La plupart des plaies pulmonaires par les balles, surtout par les balles de revolver du commerce, les armes blanches ou les instruments piquants et tranchants guérissent très simplement.

Leur thérapeutique, qu'elle s'adresse aux plaies simples ou aux plaies compliquées d'hémorragie, d'hémoptysies, d'hémothorax, d'hémopneumothorax, de la présence de la balle, comporte, en première ligne, l'immobilisation générale et thoracique, et le pansement antiseptique occlusif de la plaie ; en seconde ligne, l'immobilisation générale et thoracique, et le pansement antiseptique occlusif de la plaie ; en seconde ligne — et suivant la nature des accidents observés — l'emploi de la morphine, de l'éther, de la caféine, etc.

La morphine est particulièrement indiquée sous forme d'injections hypodermiques chez les blessés atteints en duels. Chez eux les luttes intimes de la passion, de l'amour-propre froissé, la recherche pénible et plus ou moins artificielle du calme, entraînent, avec la douleur que provoque la blessure, une perte d'influx nerveux qui prédispose à la syncope.

Pour ces privilégiés de la fortune, je partage l'avis de mon collègue M. Lucas-Championnière et je suis comme lui partisan de leur traitement sur place au moins dans les premiers jours : les secousses et les efforts inséparables d'un transport à distance les expose, en effet, à des douleurs vives et à des accidents hémorragiques.

Les injections de sérum sont un puissant moyen de combattre l'anémie traumatique à condition de ne les faire ni trop abondantes, ni trop rapides. Assurées avec moins de mesure, elles auraient l'inconvénient de congestionner le poumon, d'augmenter la gêne respiratoire, peut-être de prolonger l'hémorragie. Mon sentiment se confond ici avec celui de M. Lucas-Championnière.

Dans les hémorrhagies pulmonaires sévères, dans les hémothorax graves qui menacent l'existence, les moyens employés communément pour l'arrêt des hémorrhagies légères ou moyennes sont trop souvent infidèles pour ne pas céder le pas à des modes d'intervention directe, à la ligature, la suture, le tamponnement, la compression.

Une brèche thoracique, d'étendue suffisante, permettra de mettre à découvert la région blessée.

Avant tout il faut chercher à voir clair, à aller vite et droit au but.

La crainte du pneumothorax total ne doit pas paralyser l'action du chirurgien, car suivant que le poumon est ou non retenu à la paroi par des adhérences, ce pneumothorax est déjà produit ou ne se produira pas. Même en cas d'absence d'adhérences il est loin d'être fatal, comme les recherches de M. Panas l'ont bien montré.

La découverte du poumon permettra d'assurer simultanément, par la suture ou le tamponnement antiseptiques, le traitement du pneumothorax traumatique concomitant de l'hémorragie et de l'hémothorax.

Le pneumothorax étendu, persistant, le pneumothorax à soupape, sans hémothorax considérable, amène la surdistension de la cavité pleurale, le refoulement du poumon sain et du cœur. Sa résorption est lente, sa reproduction incessante. L'ouverture de grosses branches, qui lui donne naissance, expose à l'infection de la cavité pleurale,

En raison des dangers qu'il fait courir au malade, il nécessite, pour moi, les mêmes procédés d'intervention directs que le pneumothorax compliquant les hémothorax, c'est-à-dire l'occlusion directe.

M. L. Championnière admet qu'il y a des occasions où on peut intervenir, mais ce ne sont pas celles dans lesquelles le poumon a été traversé de part en part.

A 4 heures 25, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1899. — Présidence de M. Raymond

Splénomégalie tuberculeuse. — M. Moutard-Martin communique l'observation dont il avait parlé sommairement à la dernière séance. Il s'agit d'un cas de tuberculose splénique comparable au cas de MM. Rendu et Vidal. La rate était volumineuse ; elle descendait presque jusqu'à l'épine iliaque et mesurait 32 centimètres de longueur ; poids de 1750 grammes ; périsplénite fibreuse ; à la surface et sur les coupes, gros nodules caséeux ; au microscope, tubercules avec cellules géantes, sans bacilles colorables. On ne reconnaît pas de corpuscules de Malpighi. L'autopsie a révélé quelques petits tubercules fibro-calcaires dans les poumons une tuberculose histologique du foie et des lésions caséeuses peu étendues des ganglions épiploïques.

La malade, femme d'une quarantaine d'années, offrait, outre la tumeur splénique, une hyperglobulie marquée sans leucocytose et sans cyanose des extrémités ni de la face; au contraire, elle avait une teinte terreuse des téguments. Le chiffre de l'urée était normal, ce qui permettait d'éliminer l'hypothèse du cancer. Il n'y avait pas d'ascite.

M. Moutard-Martin admet une infection primitive du poumon, fort discrète, terminée par guérison, mais ayant infecté la rate par la voie vasculaire sanguine. Quant au foie il avait reçu les bacilles par la voie portale.

M. Achard complète l'observation dont il a parlé à la dernière séance; cliniquement sa malade était une cachectique avec phlegmatia, sans hyperglobulie ni leucocytose ; la rate pesait 1 kilog. 200 ; les tubercules de la rate atteignaient le volume d'une noix et n'étaient pas caséeux ; ils avaient l'aspect de nodules d'encéphaloïde ; des bacilles purent être retrouvés sur les coupes ; la sclérose était peu marquée; il y avait de larges zones de nécrose, de coagulation et d'hémorragie capillaire.

M. Netter a suivi un enfant qui, ayant une pleurésie avec épanchement ponctionnée à plusieurs reprises et trouvée chaque fois hémorragique, fut considéré comme atteint de cancer de la plèvre. Le liquide devint sérofibrineux et on assista au développement d'une splénomégalie avec leucocytose de petits globules blancs ; il y avait en plus de l'adénopathie cervicale. Il est vraisemblable que ce cas se rattache à la tuberculose.

Rhumatisme cérébral. — MM. Souques et Castaigne relatent l'autopsie d'un jeune homme mort de rhumatisme cérébral; l'autopsie resta négative au point de vue macroscopique, exception faite des lésions rénales étendues anciennes ; le liquide céphalo-rachidien et le sang recueillis pendant la vie avaient été stériles (cultures aérobies et anaérobies) ; la recherche de la toxicité du liquide céphalo-rachidien fut également négative. Il est probable que ce manque de toxicité est dû à ce que les cellules nerveuses ont une grande affinité pour les toxines rhumatismales et fixent rapidement ces toxines. Le malade était un névropathe héréditaire, ce qui aide à comprendre pourquoi la première localisation viscérale du rhumatisme, chez ce malade, s'est portée sur les centres nerveux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 juin 1899. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 heures 30. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu est adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels — Bulletin de la Société médicale de l'Yonne — *Né-*

phropexié sans sutures, par le Dr Fischer. — *Nouveau traitement chirurgical de l'incontinence d'urine chez la femme*, par le Dr H. Flouquet.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre de M. le Dr Bonnet (de Romans), envoyant une note sur l'intoxication par l'antipyrine. Ce travail a paru, il y a quelques jours, dans *L'Anjou médical*. La Société, consultée à cet effet, décide qu'on ne peut donner lecture d'un travail, même manuscrit, lorsqu'il n'est pas absolument inédit. Avis en sera donné à M. Bonnet.

2° Lettre de M. Suarez de Mendoza posant sa candidature au titulariat. Parrains : MM. Jullien et Buret.

M. LE PRÉSIDENT, annonce qu'il a reçu de M. Walther, au nom de la Société de chirurgie, une lettre l'informant de l'obligation où cette société sera de déménager prochainement des locaux qu'elle occupe rue de l'Abbaye, par suite de l'expiration de son bail. La Société de médecine étant, dans cet immeuble, sous-locataire de la Société de chirurgie, devra donc chercher aussi un nouveau siège de ses séances. M. Walther lui propose une installation dans le local que la Société de chirurgie fait aménager, 12, rue de Seine. Cette proposition sera examinée.

M. le Président a reçu également de M. Carron de la Carrière une lettre l'engageant à faire part à la Société du projet de voyage d'excursion aux Eaux minérale du Centre de la France qu'il a organisé pour cette année, avec le concours de sommités médicales, entre autres de MM. Landouzy et Brouardel.

Ce voyage aura lieu du 2 au 13 septembre, à des conditions très avantageuses pour les médecins qui voudront y prendre part, puisque les frais ne dépasseront pas 200 fr. par personne.

Communication de M. Loup, candidat au titre de membre associé résidant, **sur le traitement des dents à pulpe morte.** — M. LE PRÉSIDENT nomme à cet effet une commission composée de MM. Picqué, Guépin et Sibut, rapporteur.

Discusion sur la communication de M. Picqué. (De la fréquence des affections gynécologiques chez les aliénées.) — M. CHRISTIAN n'a pas eu l'occasion de soigner de femmes aliénées pour des affections gynécologiques, mais il est d'avis que tout malade aliéné, dont l'état réclame une opération chirurgicale, doit en bénéficier, au même titre qu'un enfant, par exemple. Il est clair que le consentement de la famille est nécessaire. M. Christian divise, au point de vue de l'intervention chez les aliénés, les maladies chirurgicales en affections aiguës, affections douloureuses et affections indolentes.

M. ROUBINOVITCH dit qu'il faut soigner l'aliéné pour une affection chirurgicale, comme on le soignerait pour une affection médicale. Personne n'hésite à soigner un aliéné atteint de pneumonie ou de variole ; on ne doit pas hésiter non plus à l'opérer si son état le réclame. Voilà pour le côté pratique de la question. Au point de vue doctrinal, on doit se demander si on a les éléments suffisants pour prévoir que tel aliéné guérira de son aliénation par une opération. M. Roubinovitch ne le pense pas.

M. PICQUÉ dit qu'il est heureux d'entendre ses collègues Christian et Roubinovitch affirmer qu'un aliéné a droit, comme tout autre malade, à une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit. Telle n'était pas la manière de voir des médecins et surtout de l'administration, il y a quelques années seulement ; il fallait une indication absolument urgente, telle qu'une hémorrhagie grave ou un étranglement herniaire. M. Picqué est devenu peu à peu plus entreprenant ; il cite quelques cas de sa pratique récente :

1° A Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan, il a, pour une fracture du coude compliquée de plaie, puis de suppuration, pratiqué d'abord l'arthrotomie et, plus tard, la résection du coude, avec un plein succès ;

2° Dans le service de M. Jouffroy, une malade, atteinte d'amnésie, présentait des symptômes d'appendicite. Avec le concours du professeur Berger, M. Picqué fit une laparotomie qui montra qu'il s'agissait non d'une appendicite, mais d'un pyo-salpinx. Dès le surlendemain de l'opération, la malade récupéra l'usage de la parole et le souvenir des faits passés.

3° M. Picqué a encore opéré une parotidite suppurée chez une aliénée du service de M. Magnan.

M. Picqué n'a pas voulu traiter dans son travail la question dont a parlé M. Roubinovitch, parce qu'il ne se reconnaît pas de compétence spéciale en aliénation.

Il recommande d'opérer le moins possible les aliénés persécutés qui deviennent facilement persécuteurs pour le chirurgien.

M. JULLIEN a eu dans son service à Saint-Lazare une femme atteinte d'aphonie hystérique qui faisait comprendre qu'elle souffrait beaucoup des côtés du ventre, lequel était très résistant.

M. Jullien fit tout préparer pour une laparotomie et donna du chloroforme ; sous l'influence de cet anesthésique, le ventre reprit sa souplesse et l'opération fut ajournée. Or cette malade fut instantanément guérie de son aphonie. A propos d'aliénés persécutant le chirurgien qu'ils accusent de leur avoir fait une opération malheureuse, on peut rappeler le cas du Dr Béli qui fut tué, en Italie, il y a quelques années dans des conditions dramatiques, par un de ses opérés.

M. PICQUÉ rappelle que l'opération du varicocèle de petit volume paraît avoir provoqué plus souvent que d'autres affections, des idées délirantes de ce genre.

Election d'un vice-président, en remplacement de M. Gillebert-Dhercourt, décédé.

M. Richelot, ayant obtenu 18 voix sur 18 votants, a été nommé vice-président de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à 5 h. 35.

Un des secrétaires annuels,
Dr DHOMONT

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHLIGRAPHIE

Séance du 8 juin 1899.

Résultats du traitement chirurgical de plusieurs lupus. — M. NÉLATON. 1° Lorsque la lésion atteint la face dorsale du lobule du nez, la méthode italienne (ablation et greffe) m'a donné de bons résultats. Chez la femme, j'ai seulement observé des troubles trophiques au niveau de la cicatrice, qui surviennent au moment des règles.

2° La même méthode donne de mauvais résultats lorsque les narines et principalement les deux sont atteintes. Si une seule narine est intéressée, les résultats sont passables.

3° Lorsque le lupus occupe les joues, l'ablation dépassant de 6 mm. au moins le bord de la lésion et suivi de la greffe de Thiersch donne d'excellent résultats, mais au bout de 6 mois seulement, car avant ce délai les apparences restent mauvaises. Dans le lupus du pied, la même méthode est également employée avec succès.

Glossie-syphilitique tertiaire. — M. Balzer. Voici une lésion assez rare chez la femme. Chez cette malade, qui a 37 ans, les accidents ont commencé il y a 3 ans autour de la bouche par des syphilides tuberculeuses qui ont guéri. Mais, à la longue, les lésions se sont accentuées progressivement en dépit de toutes les tentatives thérapeutiques.

M. Fournier. Ce qui réussit le mieux, ce sont les injections sous-cutanées de calomel.

Lupus traités par les injections de calomel. — M. Du Castel présente une malade qui est entrée il y a 6 mois dans son service avec des lésions de lupus étendues à la face. Sous l'influence du calomel, il s'est produit une amélioration extraordinaire.

M. Fournier montre un garçon de 19 ans qui porte un lupus de la joue gauche depuis 16 ans. Il a été traité dans d'autres services par la scarification, puis par le râclage suivi de greffes qui a déterminé la guérison pendant 6 mois. Au bout de ce temps récidive. Traitement par les injections de calomel. Au bout de 19 jours, guérison de l'ulcère central, mais il persiste des tubercules lupiques autour de la cicatrice.

Eruption de séborrhée et d'eczéma séborrhéique. — M. Barthélemy. Voici 4 faits d'éruptions séborrhéiques qui me paraissent représenter successivement les étapes différentes de cette maladie.

1° Cas que je considère comme de la séborrhée pure, dure, sèche. Sous les croûtes, la peau était saine.

2° Cas constitué par des taches de séborrhée concrète, sous lesquelles il y avait une certaine rougeur constituant un degré plus avancé à mon avis et se rapprochant de l'eczéma séborrhéique.

3° Chez le 3e malade, l'éruption généralisée était constituée par des taches disséminées dans lesquelles la rougeur était prépondérante.

4e Dans le dernier cas, il s'agissait d'une éruption constituée par des placards rosés ressemblant à des lésions de trichophytie, mais sans traces de spores.

Syphilis héréditaire tardive. — M. Eudlitz présente une malade âgée de 35 ans, rachitique et ichthyosique, qui est atteinte d'une gourme en nappe de la jambe gauche ; elle porte en outre à l'épaule droite une vaste cicatrice. Les lésions de cette malade qui est une véritable dégénérée doivent être attribuées à une syphilis héréditaire tardive. La malade présente en effet des lésions anciennes des oreilles et des yeux ; de plus sa mère a eu dix-sept grossesses, seize des enfants sont mort-nés ou ont succombé en bas âge.

Sur un cas de sclérodermie en bandes et en aires avec éruptions bulleuses et lichénoides.— M. Hallopeau. Ce fait présente comme particularités la multiplicité des lésions qui intéressent toutes les parties du corps, leur polymorphisme, les unes représentant des plaques de morphée, d'autres de vastes nappes ou des rubans, le contraste entre des parties décolorées et dures et des parties pigmentées et molles, celles-ci représentant la zone d'envahissement, la production d'éruptions bulleuses, l'intensité du prurit et enfin la singulière analogie de plusieurs groupes d'éléments avec ceux du lichen atrophique, analogie telle qu'elle conduit à se demander si ce lichen atrophique n'est pas lui-même une sclérodermie et à invoquer ce fait en faveur de l'origine tropho-névrotique du lichen de Wilson.

Sur un cas de lichen de Wilson en bandes.— MM. Hallopeau et Gardner. Les éruptions linéaires correspondant *grosso modo* à des trajets nerveux peuvent offrir des caractères différents : les unes sont des nævi ; d'autres offrent des caractères tout particuliers n'appartenant à aucune autre dermatose : d'autres sont nettement psoriasiformes ou lichenoïdes ; il en est ainsi chez l'enfant présenté ; ces lésions sont remarquables par leur persistance intégrale malgré tous les traitements : ces localisations ne peuvent s'expliquer que par l'union des parties développées aux dépens de bourgeons embryonnaires distincts dont les influences trophyques s'additionnent et donnent lieu ainsi soit à des hyperplasies nævіques, soit à des *loci minoris resistantiae*.

Sur un cas d'acrodermatite continue suppurative. — M. Hallopeau. Cette inflammation suppurative des deux mains persiste depuis dix-huit ans sans avoir jamais cessé, on l'a rangée à tort parmi les trophonévroses : l'auteur a vu récemment dans un cas semblable la plus grande partie de la surface tégumentaire être secondairement envahie par l'extension des lésions semblables : il ne pouvait être alors question de tropho-névrose : les faits s'expliquent suffisamment par la pénétration à l'aide d'un traumatisme et la pullulation de microbes pyogènes qui trouvent sous l'épiderme épais de cette région un terrain d'où il est impossible de les expulser : il s'agit ici du staphylococcus aureus ; chez certains sujets les autres parties de la surface tégumentaire deviennent également milieu de culture pour ces agents dont la virulence est sans doute exaltée et ils succombent avec tous les symptômes de l'infection dite dermatite herpétiforme ou infection purulente tégumentaire.

Nouveau cas de xanthomes tubéreux. — MM. Hallopeau, Emery et Lévi. Ce cas est remarquable par les faits suivants : élémenis initiaux simulant des pustutettes miliaires ; tubercules entourés d'une collerette de Biett et rappelant des syphilides ; localisation sur les faces convexes des coudes, des genoux et surtout des articulations des doigts, l'existence d'une lésion buccale, la petitesse et le grand nombre des éléments ; l'absence de localisations palpébrales, la marche aiguë et la possibilité de régression séparent ces xanthomes du xanthélasma vulgaire.

Dermatite pustulo-ulcéreuse chronique en placards. — M. Danlos. La maladie date de quatre ans. Incertitude clinique entre une forme ignorée de syphilis tertiaire et une forme pustuleuse pure de maladie de Duhring. L'absence d'antécédents jointe à l'action plutôt nocive de l'iodure et à la douleur extrême provoquée par les ulcérations font plutôt pencher vers la deuxième hypothèse.

Forme temporairement larvée de pemphigus prurigineux. — M. Danlos. Malade de 74 ans, semblant présenter à l'entrée un cas type de prurigo pédiculaire. Aussi ce diagnostic fut-il posé malgré l'absence de poux et la propreté minutieuse du sujet. Deux jours plus tard, l'apparition de larges bulles qui depuis se sont reproduites quotidiennement vint démontrer qu'il s'agissait d'une dermatose de Duhring (O. *prurigineux* des anciens auteurs).

Lymphangite tuberculeuse de l'avant-bras. — M. Danlos. Chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire ancienne et de localisations cutanées à la fesse et à la main, on constate la présence d'un cordon induré qui remontait au poignet, un ganglion épitrochléen contournant le coude en avant et en arrière par deux branches de bifurcation. De nombreux renflements étagés sur le cordon répondaient aux valvules du lymphatique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 25 avril 1899. — Présidence de M. Potherat.

M. Toledano fait une communication sur les revaccinations dans les écoles communales du VII[e] arrondissement.

Revaccinations dans les écoles cammunales du 7[e] arrondissement pendant l'année 1898

Par le D[r] Tolédano

Les revaccinations de l'année 1898 ont eu lieu, comme les années précédentes, dans le courant du mois d'octobre. Elles ont été pratiquées avec le concours de M. le D[r] Saint-Yves Ménard et de M. Chambon. Le vaccin avait été pris directement sur la génisse. Huit jours après l'opération, j'ai examiné les enfants dépendant des Ecoles dont l'inspection m'incombe et j'ai constaté les résultats suivants :

Le nombre des revaccinations avait été de 344, tant filles que garçons, Sur ce chiffre nous avons eu 18 succès, soit 5,23 0/0 ; 25 vaccines modifiées, soit 7,26 0/0, et 301 insuccès; soit 87,50 0[0].

Le tableau ci-dessous indique les résultats par âge et par sexe.

AGE	Nombre des revaccinations.	Nombre des succès.	Nombre des vaccines modifiées.	Nombre des insuccès.	POURCENTAGE Succès.	Vaccines modifiées.	Insuccès.
GARÇONS	—	—	—	—	—	—	—
de 6 à 10 ans.	15	0	1	14	0	6.66	93.33
de 10 à 12 ans.	128	5	8	115	3.90	6.25	89.84
de 12 à 14 ans.	71	5	3	63	7.04	4.22	88.73
	214	10	12	192	4.67	5.60	89.72
FILLES							
de 6 à 10 ans.	19	2	1	16	10.52	5.26	84.21
de 10 à 12 ans.	64	5	10	49	7.81	15.62	76.72
de 12 à 14 ans.	47	1	2	44	2.12	4.25	93.61
	130	8	13	109	6.15	10	83.84
GARÇONS ET FILLES							
de 6 à 10 ans.	34	2	2	30	5.88	5.88	88 23
de 10 à 12 ans.	192	10	18	164	5.20	9.37	85.46
de 12 à 14 ans.	118	6	5	107	5.08	4.23	90.67
Total général.	344	18	25	301	5.23	7.26	87.50

La lecture de ce tableau nous montre des particularités intéressantes à signaler. Nous constatons tout d'abord que les succès sont plus élevés chez les filles que chez les garçons. Tous les ans, nous faisons la même constatation et il n'y a pas de raison pour que cette année soit différente, à ce point de vue, des années précédentes. Voici, en effet, ce que nous trouvons : 6.15 0/0 de succès chez les filles et 4.67 0[0] chez les garçons.

Pour les vaccines modifiées, la proportion est double : 10 0[0] chez les filles et 5,60 chez les garçons.

En comparant l'âge des enfants revaccinés, nous remarquons des faits dignes d'intérêt, mais qui ne nous surprennent pas; puisque nous les avons rencontrés dans les revaccinations antérieures. La proportion des succès est en raison inverse de l'âge des enfants des deux sexes : elle est de 5,88 0[0] pour les enfants de 6 à 10 ans ; de 5,20 0[0] pour ceux de 10 à 12 ans et de 5,08 pour les enfants de 12 à 14 ans.

Chez les filles, cette proportion est en raison inverse de l'âge. Ainsi, le pourcentage est de 10,52 de 6 à 10 ans ; de 7,81 de 10 à 12 ans, et de 2,12 seulement de 12 à 14 ans, tandis que chez les garçons la proportion des succès est en raison directe de l'âge. Ainsi de 6 à 10 ans, pas de succès ; de 10 à 12 ans, 3,90 0[0] et de 12 à 14 ans, 7,04 0[0].

Si nous examinons le résultat des revaccinations des deux sexes réunis, nous remarquons que la proportion des succès reste toujours plus élevée chez les enfants âgés de 6 à 10 ans que chez ceux qui ont dépassé la dixième année.

Quant au résultat d'ensemble, il est plus élevé que celui de 1897, et presque égal à celui de 1896.

En résumé, nous pensons que la revaccination des écoles, obligatoire à partir de l'âge de 10 ans, reud de grands services à la population parisienne. Elle permet à nos jeunes gens d'attendre l'âge de leur incorporation dans l'armée sans trop risquer d'être atteints par la variole, car dès leur arrivée dans le régiment ils subissent à nouveau cette petite opération.

Cependant, j'applaudirais des deux mains, — et la majorité du corps médical est certainement de mon avis, — si une loi prochaine rendait obligatoires la vaccination et la revaccination.

M. Natier donne lecture d'une étude complète sur le mycosis de l'arrière gorge à propos de deux observations personnelles. (V. ci-dessus, p. 369).

M. Sottas. D'où vient le parasite végétal et comment est-il disposé ?

M. Natier. Les auteurs, avec Ch. Robin, ont de la tendance à le faire venir du tartre dentaire puisqu'on trouve dans les deux le même parasite : il se développe dans les lacunes des amygdales parce qu'elles contiennent un liquide acide. Quant à la disposition, le microscope fait voir dans les couches superficielles de la muqueuse des spores d'où partent des filaments dus à la prolifération de ces spores.

M. Tolédano. Quelle est la couleur de ces plaques ?

M. Natier. Blanche habituellement, dans les cas récents, gris sale dans les cas anciens.

M. Tolédano. Je soigne en ce moment un enfant qui, à la suite d'une angine herpétique il y a six semaines, a conservé une petite plaque grisâtre sur une de ses amygdales,

M. Natier. Il faudrait voir le malade : toutefois je dois dire que le mycosis est très rare ; je l'ai peut-être observé 10 ou 12 fois sur 15 à 16.000 sujets qu'il m'a été donné d'examiner.

La séance est levée.

Un des secrétaires annuels,
L. Monnier.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS

Séance du 26 avril. — Présidence M. CARPENTIER-MÉRICOURT.

M. VARIOT a la parole pour la lecture de son rapport sur *l'enseignement de l'hygiène dans les Ecoles*. Ce rapport est lu au nom d'une Commission composée de MM. Carpentier-Méricourt, Mangenot, Blayac, Tolédano, Paul Richard et Variot, rapporteur.

M. Variot fait tout d'abord remarquer que son rapport n'est pas définitif, qu'il pourra être modifié au cours de la discussion qui va avoir lieu et d'après les objections qui lui seront présentées.

M. Variot a été chargé de préparer un rapport spécial sur l'enseignement de l'hygiène dans les écoles pour le Congrès international d'hygiène de 1900.

Cet enseignement est destiné aux instituteurs et aux élèves.

Le rapporteur établit que l'enseignement de l'hygiène est utile et opportun. Cet enseignement jusqu'ici n'a été fait que d'une façon tres incomplète. Il faut que le médecin trouve un auxiliaire dans le maître. Cela est surtout vrai si l'on songe que la visite médicale quotidienne est d'une application à peu près impraticable.

On a fait une objection:

Ne doit-on pas craindre en vulgarisant l'hygiène de créer des demi-savants disposés à discuter les jugements du médecin? Il faut espérer que les maîtres de nos écoles auront assez de bon sens et de savoir vivre pour ne pas se croire médecins parce qu'ils auront reçu quelques notions d'hygiène et qu'ils sauront se rendre utiles sans sortir du domaine qui leur est assigné. Fixer le programme de l'enseignement de l'hygiène est chose fort difficile. M. Variot propose un programme *provisoire* :

1° Enseignement de l'hygiène prophylactique, c'est-à-dire savoir reconnaire les maladies contagieuses et notions de petite chirurgie journalière en cas d'accidents réclamant des soins immédiats.

2° Hygiène scolaire proprement dite relativement à la salubrité des locaux, à l'éclairage, l'aération, etc., etc...

3° Conférences pratiques faites aux enfants les plus âgés sur l'hygiène des professions, l'alcoolisme, etc., etc. Aux jeunes filles, on enseignerait l'allaitement, les soins aux nouveau-nés. Cet enseignement serait mieux placé dans les crèches. M. Variot développe ces trois chapitres.

Le professeur, en ce qui concerne la prophylaxie, donnerait des indications générales sur la contagion des maladies, leurs modes de transmission, sur les ingesta, l'eau, le lait, les aliments divers; sur l'incubation des affections contagieuses, d'où la nécessité d'un isolement précoce, sur l'antisepsie, la désinfection des locaux. Il enseignerait le maniement du thermomètre qui précise l'état de maladie. Il ferait connaître les principaux symptômes des affections qui peuvent atteindre l'écolier comme la rougeole, la scarlatine, la variole, la varicocèle, les oreillons, etc., etc... Il saura montrer l'utilité de la vaccination. Les maux de gorge souvent si graves, la diphtérie, la fièvre typhoïde, le choléra seront passés en revue. Il signalera à propos de ces derniers les dangers d'une eau impure, l'utilité de la stérilisation. Il complètera son étude en parlant des maladies qui frappent le tube digestif, le système nerveux, les voies respiratoires, la peau et avec elle le cuir chevelu. La scrofule, le rachitisme, la débilité congénitale ou acquise, ne seront pas oubliés. Le professeur d'hygiène apprendra aux maîtres à faire un pansement provisoire et à utiliser la petite pharmacie qui doit exister dans chaque école.

L'hygiène des bâtiments et des locaux scolaires deviendra l'objet d'une ou deux conférences au cours desquelles sera étudiée la myopie scolaire.

L'enseignement de l'hygiène ainsi compris sera donné par cinq professeurs, un pour quatre arrondissements. Le recrutement de ces cinq professeurs se fera parmi les médecins inspecteurs des écoles de Paris, désignés par leurs collègues. Les instituteurs devront réglementairement assister aux leçons avec registre faisant foi de leur assiduité.

M. MANGENOT pense que le directeur de l'école n'a pas besoin d'établir un diagnostic précis pour renvoyer un enfant malade dans sa famille. Presque toujours il lui sera facile à certains caractères extérieurs et rapidement constatés de reconnaître que l'élève est indisposé et qu'il doit rentrer chez lui. Le thermomètre lui paraît inutile et demanderait trop de temps dans son emploi.

En faisant de l'instituteur un demi-médecin, on s'exposerait dans certains cas à des conflits gênants. Néanmoins M. Mangenot admet un enseignement de l'hygiène dans les écoles ; mais il croît que c'est à propos de cet enseignement seulement qu'il faut donner quelques notions générales de médecine aux instituteurs sans y insister plus que de raison.

M. BLAYAC se rallie à l'opinion qui vient d'être exprimée. Il ne pense pas que le directeur d'une école ait besoin de faire une étude approfondie des maladies pour être à même de constater qu'un enfant est malade au moment où il se présente à son observation.

M. RAMONAT estime que les maîtres doivent avoir quelques connaissances médicales, quelques notions très générales leur permettant de venir en aide au médecin inspecteur. Mais il croit que M. Variot dans son rapport, d'ailleurs très bien fait, est entré dans trop de détails ; qu'il s'y trouve en un mot trop de médecine. M. Ramonat ne pense pas que cinq professeurs d'hygiène pour toutes les écoles de Paris soient suffisants ; il en voudrait le nombre un peu plus élevé. Enfin il insiste en terminant sur la nécessité de rendre les cours obligatoires.

M. MERCIER voit un danger dans l'application des idées de M. VARIOT. Les instituteurs qui auront fait des études médicales pourront se croire autorisés d'entrer en discussion avec le médecin; de là des conflits tout à fait fâcheux. M. Variot insiste sur l'utilité du thermomètre dans les cas douteux, notamment lorsque l'élève voudra simuler une maladie pour manquer la classe. L'emploi de cet instrument, dont toutes les mères savent se servir, est aujourd'hui très répandu. Pour répondre au reproche d'être entré dans trop de détails, le rapporteur fait remarquer qu'il n'a entendu donner que les signes les plus évidents, les plus grossiers pour ainsi dire, des maladies communément observées dans nos écoles. Il affirme que les maîtres ne seront d'utiles auxiliaires pour les médecins que s'ils ont des connaissances générales qui leur permettent de reconnaître une maladie, la nature de cette maladie et les dangers de propagation qu'elle entraine avec elle.

La discussion du rapport de M. Variot continuera dans la prochaine séance.

L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau pour 1899-1900. Ce bureau est ainsi constitué :

Président : M. Floquet.
Vice-Président : M. Variot.
Secrétaire général : M. Paul Richard.
Secrétaires annuels : MM. Debierre et Huguenin.
Trésorier : M. Perrachon.

Le secrétaire général,
PAUL RICHARD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1899. — *Présidence de* M. S. POZZI.

Traitement des hémorrhoïdes. — M. SCHWARTZ. Dans le cas d'hémorrhoïdes petites et pédiculées, j'ai recours à l'ignipuncture après dilatation sous chloroforme ou avec cocaïne. Par le thermocautère au rouge sombre, je n'ai pas eu de douleur ni d'hémorrhagie.

Si elles sont volumineuses, j'emploie le même moyen quand la muqueuse n'est pas malade.

Parfois, je me suis servi de la volatilisation de Richet et m'en suis bien trouvé. Je n'ai employé que cinq fois le Whitehead et m'en suis bien trouvé.

M. DELORME. Dans les cas de bourrelets limités reposant sur une muqueuse saine, je n'ai jamais eu recours à ce procédé. La méthode de Whitehead dans les cas où la muqueuse est angiomateuse et malade me semble la méthode de choix.

M. PICQUÉ. On a envisagé deux points: la comparaison de la méthode sanglante et la cautérisation et d'autre part le mode opératoire.

Les cas de gros bourrelets avec hémorrhagie profuse ne seront pas justiciables de l'ignipunture, et je suis partisan du procédé de Whitehead, qui m'a dans la plupart des cas donné de bons résultats.

M. DELBET. Le thermo-cautère comme moyen d'excision est suranné et comme antiseptique il n'est pas supérieur aux moyens antiseptiques courants.

Quels avantages présente-t-il? Aucun ; à côté de désavantages notables, douleurs après l'opération, danger d'hémorrhagie secondaire et enfin et surtout impossibilité d'obtenir la réunion par première intention qui est l'idéal de notre chirurgie actuelle.

Bistouri et suture, telle doit être la seule méthode opératoire, et c'est la méthode de Whitehead qui me paraît le mieux réaliser le but poursuivi.

Mais il faut savoir que la méthode se modifiera suivant la disposition des bourrelets hémorroïdaux. Si les bourrelets sont isolés, je pense qu'il est inutile de réséquer toute la muqueuse rectale et je me contente de pédiculer et de sectionner isolément chacun des bourrelets.

Dans l'opération de Whitehead, si l'on veut éviter la perte de sang, il faut disséquer sur le bord même du sphincter anal, trop en dedans, on coupe les vaisseaux dans la muqueuse, trop en dehors dans les fibres du sphincter, et je ne pense pas que l'hémorrhagie soit un argument contre l'opération du chirurgien anglais.

M. QUÉNU. Avec l'ignipuncture, la réunion par seconde intention n'est pas faite après quinze ou vingt jours; c'est le tort que je lui trouve.

M. TILLAUX. Quand avec le thermocautère on a perdu du sang, c'est qu'on n'a pas su s'en servir,

L'ignipuncture est une opération facile, bénigne et efficace. Je n'ai jamais eu d'accident, jamais je n'ai eu de récidive et mes malades ont toujours vu disparaître leurs hémorrhoïdes.

M. POZZI. Je ne saurais que répéter ce qu'a dit M. Tillaux et je pourrais citer nombre de faits où mes malades ont guéri facilement, avec bénignité et sécurité. Aussi je m'y tiens.

M. OLLIER. Oui à un certain moment la cautérisation était douloureuse, ce qui tenait à la façon dont on la faisait. Depuis 1867, je n'ai jamais employé d'autre procédé que l'ignipuncture, et je n'ai jamais causé de douleur à mes malades; jamais je n'ai manqué de guérir mes malades, aussi je m'y tiens.

Tétanos confirmé. Injections d'antitoxine. — Présentation de malade par M. PICQUÉ.

F. VERCHÈRE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le privilège spécial du propriétaire sur les meubles qui garnissent les lieux loués devra-t-il primer les honoraires du médecin qui a prodigué ses soins. — Tous les jours cette situation se présente, et, faute de renseignements, bien souvent le médecin se trouve lésé par le propriétaire, dont les loyers absorbent tout l'actif du client.

Il ne suffisait pas que la loi accordât au médecin et au pharmacien une action en paiement de leurs honoraires et déboursés, il fallait encore leur assurer d'une manière efficace le recouvrement de leurs créances Aussi l'article 2101 du Code civil dit que, parmi les créances privilégiées sur la généralité des meubles, on doit compter, au troisième rang, les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment avec ceux à qui ils sont dus. Et l'article 2101 dispose que des privilèges qui s'étendent sur les meubles et les immeubles sont ceux annoncés en l'article 2101. Les frais de la dernière maladie doivent donc être payés par privilège sur le prix, soit des meubles, soit des immeubles ayant appartenu au débiteur.

Néanmoins, les médecins et pharmaciens ne pourraient demander à être payés sur le prix des immeubles que dans le cas où le mobilier n'existerait pas ou serait insuffisant. C'est un principe qui ne fait aucun doute aujourd'hui (Bruxelles, 21 août 1810, Amiens, 24 avril 1827). Mais, s'ils produisaient à un ordre ouvert sur le prix des immeubles de leur débiteur, le juge devrait les colloquer éventuellement, sauf à leur impartir un délai pendant lequel ils seraient tenus de discuter le mobilier (Amiens, 24 avril 1822).

Le Code, dans les articles 2104 et 2105, a bien réglé le rang des privilèges généraux par rapport aux privilèges spéciaux sur certains immeubles, mais il a omis d'en faire autant par rapport aux privilèges spéciaux sur certains meubles. Que faudra-t-il donc décider, lorsque le médecin et le pharmacien se présenteront, par exemple, en concur-

rence avec le propriétaire de la maison, pour être payés sur le prix du mobilier? Le privilège spécial du propriétaire sur les meubles qui garnissent les lieux loués devra-t-il primer les frais de dernière maladie et les autres privilèges établis par l'article 2101?

Trois systèmes se sont produits. Dans le premier, les privilèges généraux sur les meubles devraient toujours être classés avant les privilèges spéciaux sur certains immeubles, comme ils le sont avant les privilèges spéciaux sur certains meubles, parce qu'il y aurait même raison de décider. Ce premier système paraît avoir réuni le plus grand nombre d'autorités.

Dans le second système, les privilèges spéciaux l'emporteraient toujours sur les privilèges généraux.

Tous les deux ont paru trop absolus. Ne serait-il pas choquant, d'une part, de voir, par exemple, l'aubergiste primé par d'autres créanciers, sur le prix des effets du voyageur transportés dans son auberge et des animaux qu'il a reçus et nourris, et d'un autre côté, de voir les frais funéraires ou de dernière maladie, ne passer qu'après un vendeur d'objets mobiliers qui aura laissé s'écouler plusieurs mois, peut-être plusieurs années, sans se faire payer sa facture?

Aussi s'est-il produit un troisième système intermédiaire qui fait dépendre la préférence, non pas de la circonstance que le privilège est général ou qu'il est spécial, mais du plus ou du moins de faveur que paraissent mériter les privilèges qu'il s'agit de classer. Et on en a conclu que la créance du locateur doit être classée après les frais funéraires, les frais de dernière maladie et les salaires domestiques.

Pour les frais funéraires, ce sont des considérations d'intérêt général qui doivent les faire passer avant la créance du locateur. Pour les frais de dernière maladie, ce sont des considérations d'humanité.

Si le premier devoir d'un médecin ou d'un chirurgien est de courir au secours d'un malade ou d'un blessé, s'il ne peut, sans manquer à la délicatesse, exiger qu'on le paie d'avance, il paraît équitable de ne pas le rendre victime de sa confiance, parce qu'il serait peu séant de l'obliger, avant de pénétrer dans l'appartement où il est appelé, de s'enquérir si le locataire a ou non payé son loyer. La loi doit une protection toute particulière aux personnes qui, vu les circonstances exceptionnelles dans lesquelles elles se sont trouvées placées, n'ont pu se protéger elles-mêmes.

GASTON THOMAS, docteur en droit, avocat à la Cour (*Abeille médicale*).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Lenormand, Duval, Schwartz, Iselin et Fresson.

Ecoles supérieures de pharmacie. — Le ministre de l'Instruction publique vient, à la suite du concours du 17 mai dernier, de nommer agrégés (section de physique, chimie et toxologie), près les écoles supérieures de pharmacie des universités ci-après désignées :

Paris : M. Cauro, physique; M. Moureu, chimie et toxicologie; M. Lebeau, chimie et toxicologie.

Montpellier : M. Imbert, chimie et toxicologie; M. Fonzes-Diacon, chimie et toxicologie.

Ces agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1899, pour une durée de dix ans.

Distinctions universitaires. — OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. Est nommé M. le Dr Richard, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

OFFICIERS D'ACADÉMIE. Sont nommés M. le Dr Dubrulle, médecin-major; M. Louis Georges, pharmacien major.

Hôpitaux de Paris, classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les internes en pharmacie pour l'année 1899-1900. — Messieurs les Elèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1899-1900, savoir :

Pour Messieurs les Internes de 2e, 3e et 4e années, le samedi 24 juin, à trois heures; pour Messieurs les les Internes de 1re année, le mardi 27 juin, à deux heures.

Messieurs les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

Association française pour l'avancement des sciences. — CONGRÈS DE BOULOGNE-SUR-MER. Le prochain Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences doit se réunir à Boulogne-sur-Mer, du 14 au 21 septembre 1899.

Cette session présentera une importance considérable, d'une manière générale, à cause de l'échange de visites entre l'Association Britannique et l'Association Française et à d'autres points de vue qui nous intéressent particulièrement.

C'est en effet dans cette session que sera inaugurée la statue du grand médecin électricien français Duchenne (de Boulogne) et que fonctionnera aussi pour la première fois la sous-section d'électricité médicale que le Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences, désireux de favoriser les efforts de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de cette branche si nouvelle, mais déjà si importante des sciences appliquées, vient de créer dans l'Association.

Appelé à présider cette sous-section d'électricité médicale, je viens dès aujourd'hui faire appel à votre concours et réclamer votre participation active à ses séances et à ses discussions. Le programme de nos réunions comprendra la discussion des rapports ci-dessous, dont la distribution sera faite, avant l'ouverture du Congrès, aux membres inscrits dans la sous-section d'électricité médicale.

1° Traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urèthre, par le Dr H. Bordier (de Lyon).

2° Radioscopie et Radiographie Stéréoscopiques par le professeur Marie (de Toulouse).

3° Récents progrès de la Radiographie, par le professeur Imbert et le Dr Bertin-Sans (de Montpellier).

4° De l'Endodiascopie, sa technique et ses résultats, par le Dr Bouchacourt (de Paris).

En plus de la discussion de ces rapports, des séances particulières seront consacrées aux communications diverses; je vous serais obligé de me faire connaître le plus tôt pos-

sible les titres des mémoires ou communications que vous auriez l'intention d'y présenter, afin que le programme de la session, qui paraîtra très prochainement, en contienne l'indication.

Dans l'espoir que voudrez bien concourir au succès de la session de Boulogne-sur-Mer, à la glorification, dans sa ville natale, du plus grand médecin électricien français et à l'inauguration de la sous-section d'électricité médicale, je vous prie d'agréer, Monsieur et cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le Président de la Sous-Section d'Electricité Médicale,
J. BERGONIÉ.
Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Premier Congrès international des médecins des Compagnies d'assurances, Bruxelles, 25 au 28 septembre 1899.

Président d'honneur : M. de Bruyn, ministre de l'Agriculture et des Travaux publics.

COMITÉ D'ORGANISATION :

Président : M. le Dr Vleminckx, médecin honoraire des hôpitaux, médecin légiste, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, membre du Conseil d'administration des hospices de Bruxelles.

Vice-présidents : M. le Dr Gallet, agrégé à l'Université libre de Bruxelles, chef de clinique externe; M. le Dr Verriest, professeur à l'Université de Louvain, chef de clinique interne, membre de l'Académie royale de médecine de belgique.

Secrétaire-général : M. le Dr Poels, ex-médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles, médecin en chef de la Compagnie belge d'assurances générales.

Secrétaires : M. le Dr Crocq, agrégé à l'Université de Bruxelles, médecin de la Compagnie d'assurances La Royale belge; M. le Dr Wybauw, médecin adjoint des hôpitaux de Bruxelles.

Trésorier : M. le Dr Mahillon, conseil médical de la Caisse d'assurances annexée à la Caisse générale d'épargne et de retraite sous la garantie de l'Etat.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR.

I. De l'admissibilité des syphilitiques. Rapporteur : M. le Dr Bayet.

II. Des névroses traumatiques. Rapporteur : M. le Dr Crocq.

III. De l'alcoolisme au point de vue de l'assurance sur la vie. Rapporteur : M. le Dr de Boeck.

IV. De quelques dermatoses envisagées au point de vue de l'assurance sur la vie. Rapporteur : M. le Dr Dubois-Havenith.

V. De l'anthropométrie dans ses rapports avec l'assurance sur la vie. Rapporteur : M. le Dr Houzé.

VI. De l'admissibilité des glycosuriques. Rapporteur : M. le Dr Lebœuf.

VII. La radiographie en matière d'assurances. Rapporteurs : MM. les Drs Maffeï et Hannekart.

VIII. Quels sont les neurasthéniques que l'on peut admettre, quels sont ceux qu'il faut refuser? Rapporteur : M. le Dr Mahillon.

IX. L'hérédité tuberculeuse considérée au point de vue de son influence sur l'assurance-vie. Rapporteur : M. le Dr Meyer, de Metz.

X. De l'examen du cœur (assurance-vie). Rapporteur : M. le Dr Moritz, de Saint-Pétersbourg.

XI. De l'utilité d'un formulaire médical universel (assurance-vie). Rapporteur : M. le Dr Poëls.

XII. Des statistiques médicales. — Communications diverses. Rapporteurs : MM. les Drs Thompson, de Londres; Poëls, etc.

XIII. Le secret médical et les Compagnies d'assurances. Rapporteur M. le Dr J. Van Geuns, d'Amsterdam.

XIV. Du diagnostic précoce de la paralysie générale. Rapporteur : M. le Dr R. Verhoogen.

XV. De la continuité des états morbides à travers la vie. — Contribution à la symptomatologie des tares. Rapporteur : M. le Dr Verriest.

XVI. De la fraude en matière d'assurance sur la vie. Rapporteur : M. le Dr Weill-Mantou, de Paris.

XVII. De l'admissibilité des albuminuriques. Rapporteur : M. le Dr Wybauw.

Les questions mises à l'ordre du jour peuvent être l'objet de communications personnelles.

Les auteurs de ces communications sont priés d'envoyer au secrétaire-général, avant le 15 juillet, un résumé de leur travail. Ce résumé sera imprimé et distribué aux membres adhérents, avant les séances.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhérents recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

Hôpital du Creuzot. — M. le Dr Lagoutte, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Dijon, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient d'être nommé chirurgien en chef du Creusot.

M. le Dr Brian, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé médecin du Creusot.

Banquet Emily. — Sur l'initiative de M. Hallopeau, un banquet a été offet au Dr Emily, médecin de la mission Marchand, sous la présidence de M. Brouardel. MM. Brouardel, Cunéo, Pinard, Laborde et Tissier ont successivement pris la parole pour féliciter notre confrère qui a répondu en rapportant à ses maîtres et à ses collègues de la marine les hommages dont il était l'objet.

La statue du baron Larrey, due à Falguière, a été inaugurée jeudi dernier 8 juin, au Val-de-Grâce, sous la présidence de M. le professeur Guyon. Sur le socle on lit cette inscription : « Baron Hippolyte Larrey, médecin inspecteur, président du Conseil de santé des armées, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, 1808-1895.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : **Fucoglycine Gressy.**

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*